



CITY OF MIAMI — DEPARTMENT OF HOUSING AND COMMUNITY DEVELOPMENT

SENIOR RENTAL ASSISTANCE PILOT PROGRAM APPLICATION

CIUDAD DE MIAMI - DEPARTAMENTO DE VIVIENDAS Y DESARROLLO COMUNITARIO

PROGRAMA PILOTO DE ASISTENCIA CON EL ALQUILER PARA MAYORES DE EDAD (JUBILADOS) APLICACIÓN

The City of Miami Senior Rental Assistance Pilot Program offers assistance to income-eligible (40% Area Median Income) senior households in the City (ages 62 and up) who spend more than 50% of their household income on housing costs AND who live in City assisted rental housing or subsidized buildings in the City. The program provides up to \$100 a month towards rental housing assistance at eligible properties, for up to a year, for qualifying households. Applications will be available at City Hall, the City' Miami Riverside Center building, City NET offices between **12/9/2019 and 12/20/19**. Applications MUST be mailed to the address noted below **via US Postal Service** AND postmarked by 12/20/2019.

*El Programa Piloto de la Ciudad de Miami de Asistencia con el Alquiler para Mayores de Edad (Jubilados) ofrece ayuda para familias elegibles dentro de la Ciudad con cabezas de familias mayores de 62 años, que califican basados en sus ingresos (40% ingreso medio del área), que gastan más de 50% de sus ingresos mensuales en gastos de vivienda Y que viven en viviendas de renta asistidas por la Ciudad o edificios subvencionados dentro de la Ciudad. El programa provee hasta \$100 mensuales hacia la renta en propiedades elegibles, hasta por un año, para hogares que califican. Las solicitudes estarán disponibles desde el **9 de diciembre hasta el 20 de diciembre** en el Ayuntamiento de la Ciudad, el edificio Miami Riverside Center, y las oficinas NET de la Ciudad de Miami. Las aplicaciones TIENEN que ser enviadas usando el servicio **del Correo Postal de los EE.UU.**, a la dirección indicada abajo con un sello postal (matasello) con fecha posterior al 20 de diciembre.*

The maximum allowable income for participation in this program are as follows:

Los ingresos máximos permitidos para participar en este programa son los siguientes:

Number of persons in household Número de personas en el hogar	1	2	3	4	5
Maximum Annual Income limits (40% AMI) Máximo Ingreso Anual (40% AMI)	\$23,720	\$27,120	\$30,520	\$33,880	\$36,600

Once completed in full, applications must be mailed to the address indicated below. Any application that is not fully and accurately completed will be disqualified. This is the only manner in which you can apply for this program. Only one application per household is permitted. Any household that submits more than one will be disqualified. **Una vez completada, las solicitudes tienen que enviarse por correo a la dirección indicada abajo. Se considerará nula toda solicitud que no se haya completado en total y precisamente. Esta es la única manera de aplicar para este programa. Sólo se permitirá una solicitud por familia. Las familias que entreguen más de una aplicación serán descalificadas.**

ATTN: CITY OF MIAMI
SENIOR RENTAL ASSISTANCE PROGRAM
P.O. BOX # 013581
Miami, FL 33101

Personal Declaration

You must use the correct legal name for each member of your household as it appears on their Social Security Card.

Declaración Personal

Tiene que escribir el nombre legal de cada miembro de su núcleo familiar tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social.

1. CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN DE CONTACTO

HEAD OF HOUSEHOLD CABEZA DE FAMILIA		SOCIAL SECURITY NUMBER NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
CO-HEAD OF HOUSEHOLD CO-CABEZA DE FAMILIA		SOCIAL SECURITY NUMBER NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
CURRENT ADDRESS IN THE CITY OF MIAMI DIRECCIÓN ACTUAL EN LA CIUDAD DE MIAMI			
NAME OF RENTAL BUILDING/COMMUNITY IN THE CITY OF MIAMI NOMBRE DEL EDIFICIO/LA COMUNIDAD EN LA CIUDAD DE MIAMI			
CITY AND STATE CIUDAD & ESTADO		ZIP CODE CÓDIGO POSTAL	





EMAIL ADDRESS CORREO ELECTRÓNICO		CELL PHONE # # DE TELÉFONO CELULAR	
HOME PHONE # # DE TELÉFONO FIJO		WORK PHONE # # DE TELÉFONO DEL TRABAJO	

2. FAMILY COMPOSITION: List all persons who are living in your home, listing head of household (HH) first.

COMPOSICIÓN FAMILIAR: Liste las personas que viven en su casa, empezando con el cabeza de familia (HH).

	FIRST & LAST NAME NOMBRE & APELLIDO	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SEX SEXO	RELATION TO HEAD OF HOUSEHOLD PARENTESCO AL CABEZA DE FAMILIA	SOCIAL SECURITY # # DE SEGURO SOCIAL
HH			<input type="checkbox"/> M H <input type="checkbox"/> F M	HEAD OF HOUSEHOLD CABEZA DE FAMILIA	
2			<input type="checkbox"/> M H <input type="checkbox"/> F M		
3			<input type="checkbox"/> M H <input type="checkbox"/> F M		
4			<input type="checkbox"/> M H <input type="checkbox"/> F M		
5			<input type="checkbox"/> M H <input type="checkbox"/> F M		

3. TOTAL FAMILY INCOME/INGRESOS DE FAMILIA: List the source and amount of income expected in the next 12 months for all family members. Include employment and wages, self-employment income, unemployment benefits, child support, contributions (from family or friends), Social Security, disability, Worker's Compensation, pension or retirement benefits, AFDC, Veteran's benefits, rental income, stock dividends, interest, alimony, Food Stamps, and any other income to be received.

INGRESOS FAMILIARES: Haga una relación de las fuentes de ingresos y los montos que cada miembro de su núcleo familiar espera recibir durante los próximos 12 meses. Debe incluir salarios, empleo propio, pago por desempleo, pago por manutención de niños, contribuciones (de familia y amigos), Seguro Social, pagos por discapacidad, Indemnización por Accidentes de Trabajo, ingresos por renta de propiedades, dividendos de acciones, intereses, Sellos de Alimento, y cualquier otro ingreso.

FIRST & LAST NAME NOMBRE & APELLIDO	SOURCE OF INCOME FUENTES DE INGRESO	AMOUNT \$ CANTIDAD \$	FREQUENCY OF PAYMENTS FRECUENCIA DE PAGO
			<input type="checkbox"/> WEEKLY SEMANAL <input type="checkbox"/> YEARLY ANUAL <input type="checkbox"/> MONTHLY MENSUAL <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY CADA 2 SEMANAS <input type="checkbox"/> SEMI-MONTHLY QUINCENAL
			<input type="checkbox"/> WEEKLY SEMANAL <input type="checkbox"/> YEARLY ANUAL <input type="checkbox"/> MONTHLY MENSUAL <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY CADA 2 SEMANAS <input type="checkbox"/> SEMI-MONTHLY QUINCENAL
			<input type="checkbox"/> WEEKLY SEMANAL <input type="checkbox"/> YEARLY ANUAL <input type="checkbox"/> MONTHLY MENSUAL <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY CADA 2 SEMANAS <input type="checkbox"/> SEMI-MONTHLY QUINCENAL
			<input type="checkbox"/> WEEKLY SEMANAL <input type="checkbox"/> YEARLY ANUAL <input type="checkbox"/> MONTHLY MENSUAL <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY CADA 2 SEMANAS <input type="checkbox"/> SEMI-MONTHLY QUINCENAL

4. OTHER / OTROS

Are you or anyone in your household currently receiving rental assistance (Sec. 8, Sec. 202, HOPWA) from any public housing or another housing authority or agency? ☐ Yes ☐ No

***Please note, if you are a current Section 8 client or reside in Public Housing or in a Sec. 202 project, you are INELIGIBLE for this program.**





¿Usted o alguna persona de su núcleo familiar está recibiendo asistencia en estos momentos para el alquiler, de alguna agencia pública o de algún otra autoridad de vivienda o agencia? ☐ Sí ☐ No

***Por favor tenga en cuenta que si usted es cliente del Programa Plan 8, o si vive en Vivienda Pública o en un edificio de Sec. 202 en estos momentos, usted NO es elegible para este programa.**

5. NOTICE OF COLLECTING SOCIAL SECURITY NUMBER FOR GOVERNMENT PURPOSE

The Florida Public Records Law (specifically, Section 119.071(5), Florida Statutes) requires the City to give you a written statement explaining the purpose and authority for collecting your social security number as part of this application. Your Social Security Number is being collected for the purposes of income certifying you for the Senior Rental Assistance Pilot Program. In addition, this information may be collected to verify unemployment benefits, social security/disability benefits, and other related information necessary to determine income and assets, and your eligibility for this Program that is funded by local dollars.

NOTIFICACIÓN DE RECOPIACIÓN DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL PARA PROPÓSITOS GUBERNAMENTALES

La Ley de Registros Públicos de la Florida (específicamente, Sección 119.071 (5), Estatutos de Florida) requiere que la Ciudad le dé esta notificación por escrito, explicándole el propósito para recopilar su número de seguro social como parte de esta solicitud. Su número de Seguro Social se recopila con el propósito de certificar sus ingresos para el Programa de Asistencia de Renta para Personas Mayores de 62 años, que requiere de una verificación por terceros de sus ingresos, empleo y activos. Además, esta información podrá ser recopilada para verificar beneficios de desempleo, beneficios por seguro social/discapacidad, y otra información relacionada a usted que sea necesaria para determinar sus ingresos y activos, así como su elegibilidad para este Programa que es financiado con fondos locales.

AUTHORIZATION TO COLLECT SOCIAL SECURITY NUMBER/ AUTORIZACIÓN PARA RECOPIAR EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

- City of Miami Housing Program Policies and Procedures/Procedimientos del Programa de Viviendas de la Ciudad de Miami
- City of Miami Administrative Policy Manual (APM) 2-08/Manual Administrativo de las Pólizas de la Ciudad de Miami (APM) 2-08

6. DISCLAIMERS/DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

In accordance to this program's regulations:

- All applications received during this period will be considered as applying at the same time. It does not matter if an application is received on the first or last day.
- All eligible applications will go through a computerized lottery waitlist process and assigned a randomly selected ranking number.
 - After the waitlist is established via lottery, a **preference** will be given as follows: (1) City assisted housing; (2) Subsidized housing in the City of Miami.
- The waitlist will be posted at the following webpage by January 12, 2020:
<https://www.miamigov.com/Government/Departments-Organizations/Housing-Community-Development>.
- If an applicant's name does not appear on the waitlist posted at the web page noted, then that applicant was ineligible for the program.
- SUBMISSION OF AN APPLICATION DOES NOT GUARANTEE ASSISTANCE.

De acuerdo a los reglamentos de este programa:

- Se considerarán presentadas al mismo tiempo todas las solicitudes que se reciban durante este período. Por lo tanto, no importa si una solicitud determinada se recibe el primer día o el último día.
- Todas las aplicaciones se someterán a un proceso computarizado de lotería para establecer una lista de espera y a cada una se le asignará un número de clasificación seleccionado al azar.
- Después que se establezca una lista de espera a través de una lotería, una preferencia se dará en la orden siguiente: (1) edificios asistidos por la Ciudad; (2) vivienda subvencionada dentro de los límites de la Ciudad de Miami
- La lista de espera se posteará en la siguiente página de internet después del 12 de enero del 2020:
<https://www.miamigov.com/Government/Departments-Organizations/Housing-Community-Development>
- Si el nombre del solicitante no aparece en la lista de espera posteada en la página de web indicada, el solicitante no due elegible para el programa.
- LA ENTREGA DE UNA SOLICITUD NO GARANTIZA ASISTENCIA.

7. PUBLIC RECORDS DISCLOSURE AND ACKNOWLEDGMENT

Information provided by the applicant(s) may be subject to Chapter 119, Florida Statutes, regarding Open Records. Information provided by you/your household that is not protected by Florida Statutes can be requested by any individual





for their review and/or use. This is without regard as to whether or not you qualify for funding under the program(s) for which you are applying.

RECONOCIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE LOS REGISTROS PÚBLICOS

*La información proporcionada por los solicitantes puede estar sujeta al Capítulo 119, Estatutos de Florida, relacionados a Expedientes Abiertos. La información proporcionada por usted/su hogar que **no** esté protegida por los Estatutos de la Florida podrá ser pedida por un individuo para ser revisada y/o utilizada. Este pedido no tiene nada que ver con su calificación, o no calificación, para recibir financiamiento bajo los programas de la Ciudad para cual usted aplicó.*

☒ I certify that I have read this entire application and have declared all sources of income. I do hereby swear and attest that all the information provided above is true and correct.

☒ *Certifico que he leído la solicitud completa y he declarado todos los ingresos de mi hogar. Juro y atestiguo que toda la información prevista en esta planilla es verdadera y correcta.*

Signature of the Head of Household

Firma del Cabeza de Familia

Date

Fecha

Print Name of Head of Household

Imprimir el Nombre del Cabeza de Familia

Signature of Co-Head or Spouse

Firma del Co-Cabeza o Esposo(a)

Date

Fecha

Print Name of Co-Head or Spouse

Imprimir el Nombre del Co-Cabeza o Esposo(a)

Warning: Florida Statute 817 provides that willful false statements or misrepresentation concerning income and assets or liabilities relating to financial condition is a misdemeanor of the first degree and is punishable by fines and imprisonment provided under §775.082 or 775.83. **Advertencia:** La ley 817 del Estado de la Florida, establece que las declaraciones falsas, reticentes, o tergiversadas, así como las inexactas, relacionadas con ganancias, posesiones o deudas, constituyen un delito menor, que pueden acarrear como sanción multas o encarcelamiento de acuerdo con §775.082 ó 775.83.

